

17 novembre 2010

Aide Médicale d'Etat
Projet de loi de finances pour 2011
Contre-vérités et approximations à l'Assemblée nationale
Séance du 2 novembre 2010

Ce document complète l'argumentaire sur l'Aide Médicale d'Etat du CISS, de la FNARS, de l'ODSE et de l'UNIOPSS publié le 29 octobre 2010 sur le site internet de l'ODSE

Mardi 2 novembre 2010 à l'Assemblée nationale a été discutée et votée dans le cadre du Projet de Loi de Finances 2011 une série d'amendements modifiant profondément l'Aide Médicale d'Etat.

Lors des débats, une série d'affirmations avancées pour soutenir ces amendements sont en fait approximatives voire erronées.

1. Une utilisation malhonnête des chiffres sur la fraude

Claude Goasguen : « Tout d'abord, les abus viennent incontestablement d'une difficulté des caisses attributaires de la carte AME à contrôler le système. Le projet annuel de performances présenté au Parlement – programme 183, indicateur 2.2 – montre qu'il y a près de 50 % de fraudes lors de la délivrance des cartes. (Exclamations sur les bancs du groupe GDR.) Je vous signale que c'est la conclusion d'un travail effectué dans le cadre de la RGPP et présenté au Parlement, je ne l'invente pas ! ... Ce sont des chiffres intangibles » (p.14)

Dominique Tian : « Enfin, le système est l'objet de nombreuses fraudes. Pour aller à l'essentiel, je me limiterai à citer le rapport annuel de performances présenté au Parlement – mission 183, indicateur 2.2 – relatif au contrôle de l'aide médicale d'État en 2009. Ainsi, au cours de contrôles effectués en 2009 auprès de 106 caisses primaires d'assurance maladie sur 5 % de dossiers de bénéficiaires de l'AME, le taux d'erreur est de 49,86 % pour, c'est-à-dire qu'un dossier sur deux

instruit par les caisses d'assurance maladie est faux, parce que mal rempli. C'est inquiétant. À cet égard, les institutions internationales nous donnent une leçon. » (p.72)

Claude Goasguen : « Je vous signale que je me référais à la source suivante : rapport annuel de performance présenté au Parlement, mission n° 183, indicateur 2.2 relatif au contrôle de l'aide médicale d'État.

Je résume : « Avec un taux de découverte de fausses déclarations de ressources de 49,81 % en 2009 sur les dossiers effectivement contrôlés, il est évident que les conditions actuelles de définition et d'attribution de l'AME en font une prestation potentiellement frauduleuse. » C'est un rapport issu de la RGPP. » (p.84)

La fraude est régulièrement évoquée dans le débat parlementaire pour justifier des mesures d'encadrement.

Pourtant les données citées durant les débats pour attester de l'ampleur de la fraude se révèlent avoir été mal interprétées.

Les députés citent des chiffres extraits d'un document du Projet de Loi de règlement (PLR), pour les crédits du programme protection maladie (programme n°183) tout en faisant référence à un rapport de performance (RAP) de la RGPP (Révision générale des politiques publiques).

Nous reproduisons ici les données telles qu'elles apparaissent dans les deux documents :

Extrait du RAP de la RGPP 2010¹

INDICATEUR 2.2 : Taux de contrôle des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
(du point de vue du contribuable)

	Unité	2007 Réalisation	2008 Réalisation	2009 Prévision PAP 2009	2009 Prévision actualisée	2010 Prévision	2011 Cible
Taux de contrôle par entretien des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	%	n.c.		15		15	20
Taux de divergences décelées suite aux contrôles par entretien des dossiers dont les ressources sont déclarées à zéro	%	n.c.		60		60	70

Extrait du PLR 2009²

¹ RGPP : <http://www.performance-publique.gouv.fr/farandole/2010/pap/html/DBGPGMOBJINDPGM183.htm>

INDICATEUR 3.2 : Taux de contrôle des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2007 Réalisation	2008 Réalisation	2009 Prévision PAP 2009	2009 Prévision mi 2009	2009 Réalisation	2011 Cible PAP 2009
Taux de contrôle par entretien des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	%	n.c.		15		5,08	20
Taux de divergences décelées suite aux contrôles par entretien des dossiers dont les ressources sont déclarées à zéro	%	n.c.		60		49,81	70

La procédure de contrôle est expliquée comme suit dans le document du PLR :

« Afin de contrôler les ressources déclarées par les demandeurs de l'AME, la CNAMTS et les CPAM ont institué des entretiens individuels visant à faire préciser les moyens d'existence des demandeurs de l'AME qui déclarent des ressources égales à zéro de façon à rétablir, le cas échéant, la réalité du montant des ressources dont ils disposent effectivement. Dans ces conditions, l'indicateur intitulé « taux de contrôle par entretien des dossiers des bénéficiaires de l'AME », a été complété par un sous-indicateur portant sur le taux de divergences décelées suite aux contrôles par entretien. »

La CNAMTS a donc depuis 2009 contrôlé les dossiers où les demandeurs avaient déclaré que leurs revenus étaient égaux à zéro, ces dossiers ne représentant que 5,08% du volume total des dossiers³. Les demandeurs ont été convoqués par les caisses d'assurance maladie pour s'expliquer sur ce point. Pour 49,81% d'entre eux, il s'est révélé qu'ils avaient quelques ressources, ce qui représente au final moins de 2,5% des demandeurs d'AME. Pour les 51,09% restants, les ressources étaient bien nulles. **On ne peut donc pas parler de fraude mais au contraire souligner combien le dispositif est soigneusement surveillé par les CPAM.**

Aucun indicateur ne donne la part des personnes avec des revenus supérieurs au seuil plafond pour obtenir l'AME (634 euros) parmi 2,5% de personnes contrôlées ayant déclaré des revenus nuls malgré quelques ressources.

Au regard des difficultés rencontrées par les demandeurs d'AME, on peut raisonnablement penser qu'à l'issue de ces entretiens, il est apparu que certaines personnes avaient en fait touché quelques subsides (mandats familiaux, revenus de petits boulots, dons d'associations...)

² PLR 2010 Santé : extrait du rapport de la mission Santé : www4.minefi.gouv.fr/budget/plf2009/docrap/DRGPGMPGM183.DOC

³ Rappelons que l'échantillon de personnes contrôlées n'est pas représentatif de la population des demandeurs d'AME puisque que les contrôles cités ici ne portent que sur les demandeurs ayant déclaré des ressources égales à 0.

mais que pour leur très grande majorité, elles restaient largement en-dessous du plafond de l'AME. Rappelons que ce sont les ressources des douze derniers mois, qui sont prises en compte et que sur de si faibles sommes, une omission est tout à fait compréhensible.

Les difficultés rencontrées par ces populations pour remplir le dossier de demande d'AME expliquent largement d'éventuelles erreurs, erreurs dont le caractère frauduleux n'est pas démontré par le document cité à l'assemblée.

On peut d'ailleurs s'étonner des contradictions dans le discours de certains députés, comme celles de M. Claude Goasguen, prompts à brandir des chiffres démontrant, soi-disant, la fraude et affirmant quelques heures plus tard dans l'Assemblée : « Actuellement, l'AME n'est contrôlée à aucun niveau, ni au niveau budgétaire, ni au niveau local. Les directeurs de caisse départementale d'assurance maladie nous l'ont confirmé, ils ne sont pas équipés pour le faire. » (p.76)

En réalité, la fraude est un phénomène marginal en matière d'AME. Comme le soulignaient en 2007, l'IGAS et l'IGF dans un rapport sur l'AME : « *Les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires apparaissent limitées* »⁴.

2. Des débats qui nient les données du passé et s'appuient sur des rapports qui ne sont pas encore parus

Claude Goasguen : « Il y a tant d'abus d'ailleurs qu'un deuxième rapport vient d'être demandé l'IGAS, deux ans après le premier qui avait conclu que le système marchait très bien alors que cela n'est à l'évidence pas le cas. » (p.14)

Roselyne Bachelot-Narquin : « Elle [la mission IGAS-IGF] doit également examiner les modalités selon lesquelles pourrait être mise en place une participation forfaitaire dont le principe a été adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. En effet, je vous rappelle que nous n'inventons rien en ce domaine : tout est déjà écrit dans la loi. Nous nous contenterons, si l'amendement la concernant est adopté, de mettre réellement en place cette mesure. La mission de l'IGAS et de l'IGF permettra d'en définir au mieux les modalités d'application. » (p.29)

L'Aide Médicale d'Etat a fait l'objet deux rapports récents en 2003 et en 2007 de l'IGAS et de l'IGF⁵ qui ont chacun conclu que :

- l'AME est un dispositif maîtrisé avec des « potentialités de fraude de la part des bénéficiaires [qui] apparaissent limitées »
- l'AME remplit des objectifs de santé publique essentiels

⁴ IGAS/IGF, Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat, mai 2007
<http://www.ladocumeantationfrancaise.fr/rapports-publics/074000345/index.shtml>

⁵ IGAS/IGF, Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat, mai 2007
<http://www.ladocumeantationfrancaise.fr/rapports-publics/074000345/index.shtml>
IGAS, Rapport sur l'évolution de l'Aide médicale d'Etat, février 2003
www.cnle.gouv.fr/.../Rapport_GUILLEMOT_Fevrier_2003_Evolution_de_l_AME.pdf

- les dépenses de santé moyennes des bénéficiaires de l'AME équivalent à celles des assurés sociaux
- l'introduction d'un ticket modérateur ne serait pas pertinente.

Une nouvelle mission a été commanditée en juin 2010 et c'est sans attendre leurs conclusions et en contradiction avec celles des deux derniers rapports que les parlementaires ont engagé ces réformes de fond sur l'AME.

3. Trente euros par adulte : un montant insupportable pour une population extrêmement pauvre

Roselyne Bachelot-Narquin : « Le montant proposé est de l'ordre de 2,50 euros, ce qui me paraît tout à fait supportable, y compris pour les plus modestes. » (p.25)

Rémi Delatte: « C'est un droit d'entrée dans le dispositif à acquitter une seule fois, annuellement. Cela représente un peu plus de 2,50 euros par mois, ce qui est tout à fait raisonnable » (p.92)

Roselyne Bachelot-Narquin : « La proposition d'un forfait modique, de 30 euros, permet de couvrir les frais d'établissement de la carte et de responsabiliser les personnes. (...) Le forfait de 30 euros me paraît tout à fait acceptable au regard de la fragilité des personnes considérées. »

Les personnes concernées gagnent moins de 634 euros par mois. Pour certains, les ressources sont nulles ou presque. Une famille avec deux adultes, qui a les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes, ne pourra pas déboursier en une fois la somme de 60 euros.

Or, les charges financières impactent l'accès aux soins, comme vient encore de le démontrer l'IRDES à propos des franchises médicales qui modifient le recours aux soins des personnes disposant de moins de 870 euros/mois et celles qui sont touchées par une pathologie chronique⁶. Ainsi, les personnes vont repousser le plus tardivement possible cette dépense au moment où elle sera devenue indispensable, c'est-à-dire lorsqu'elles seront gravement malades, et nécessiteront des soins plus lourds et plus coûteux.

L'autre risque est que, au sein d'une famille, on soit obligé de choisir qui sera couvert par l'aide médicale d'Etat et qui restera sans aucune couverture santé et par conséquent sans aucun accès à la prévention ni aux soins.

⁶ Questions d'économie de la santé n°158, octobre 2010 : <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseQes/ComPresseQes158.htm>

4. Le droit d'entrée, une mesure inefficace économiquement, dangereuse pour la santé publique

Roselyne Bachelot-Narquin : « Cette mesure permettrait de couvrir les frais d'ouverture du dossier et les coûts de fabrication de la carte sécurisée qui est remise à chaque bénéficiaire, sans pour autant provoquer de renoncement aux soins. » (p.25)

La mise en place d'un droit d'entrée à l'AME n'aura aucun effet positif sur les finances publiques : le surcoût entraîné par les retards de prise en charge réduira à néant les bénéfices escomptés de l'ordre de 6 millions d'euros (rapportés aux 540 millions du budget global de l'AME pour les 216 000 personnes couvertes).

Il faudrait aussi calculer le coût de gestion, par la Caisse des dépôts et consignation et le Conseil dédié, du fond national de l'Aide Médicale d'Etat créé à l'article 86 quinquies du PLF 2011 exclusivement pour gérer ce droit d'entrée.

5. Des comparaisons européennes fausses

Claude Goasguen : « nous sommes les seuls, en Europe, à avoir une législation qui offre une couverture universelle. » (p.13)

Claude Goasguen : « nous essayons de nous aligner sur le système européen, qui me paraît beaucoup plus juste : accepter les urgences, les vaccinations, la prophylaxie et, bien entendu, la couverture universelle pour les mineurs. » (p.15)

Des comparaisons internationales récentes viennent contredirent les affirmations de M. Claude Goasguen⁷ :

En Espagne comme au Portugal, un accès aux soins dans les mêmes conditions que pour les nationaux est prévu pour les sans-papiers, afin de respecter les principes de santé publique (accès au dépistage et à la prévention, suivi régulier, prise en charge des pathologies avant dégradation de l'état de santé...) mais aussi pour des raisons d'économie du système de santé.

En Belgique, l'Aide Médicale d'Urgence qui fonctionne de fait comme l'AME en France, est obtenue dans les Centres Publics d'Action Sociale et permet l'accès aux soins en médecine générale sans avance de frais pour les sans papiers "indigents".

Au Royaume-Uni, l'accès à la médecine générale ne dépend que du professionnel de santé. Une

⁷ Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*, septembre 2009

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Les-rapports/A-l-international/Rapport-de-l-Observatoire-europeen-de-l-acces-aux-soins-de-Medecins-du-Monde>.

On pourra également se référer aux rapports de MigHealthNet, Réseau d'information sur les bonnes pratiques en matière de soins aux migrants (www.mighealth.net), à ceux de Huma network sur les politiques de soin pour les étrangers sans autorisation de séjour (<http://www.huma-network.org/>)

fois inscrit dans la patientèle du professionnel, la personne en situation irrégulière reçoit des soins gratuits.

Enfin, dans l'ensemble des pays européens, l'accès à la médecine d'urgence est évidemment prévue pour toute personne résidant sur le territoire.

6. L'AME en déficit ?

Claude Goasguen : « L'AME, créée en 1998, dépasse aujourd'hui les 500 millions d'euros. Comme elle est chroniquement en déficit – le directeur de la CNAM m'a confirmé que ce sera le cas cette année encore –, nous pouvons ajouter à ce chiffre 100 millions par an. » (p.13)

L'AME n'a pas été créée en 1998 ni même en 1999 avec la réforme CMU. Les étrangers en séjour irrégulier ont toujours été couverts par l'aide médicale depuis sa création au 19ème siècle.

L'Aide Médicale est une prestation d'aide sociale, financée par l'impôt, dans le budget de l'Etat, et non par les cotisations sociales versées au régime général de l'Assurance maladie. Par définition, il ne peut y avoir de déficit de l'AME. En revanche, chaque année, l'Etat budgète ce qu'il reversera à la CNAMTS pour les dépenses engagées au titre de l'AME. Systématiquement, le dispositif est sous-doté en loi de finances, depuis 1999, générant une dette (prévisible) de l'Etat envers la CNAMTS.

7. Un détournement des données produites par l'expertise associative

Claude Goasguen : « Selon les chiffres officiels, un peu plus de 200 000 personnes sont concernées par ce dispositif. Médecins du Monde, qui ne peut pas être suspecté d'un quelconque préjugé défavorable à l'AME, évalue les personnes soignées à moins de 20 % de celles qui pourraient l'être, ce qui laisse prévoir un budget en croissance exponentielle. Nous passerons d'ici peu le cap du milliard d'euros. » (p.13)

Outre le fait que M. Goasguen donne une interprétation erronée des chiffres de l'association Médecins du Monde (la proportion de 20% qu'il cite correspond en réalité aux personnes qui ont des droits ouverts parmi celles qui remplissent toutes les conditions pour bénéficier de la couverture santé, quel que soit leur statut administratif), l'association constate, dans ses consultations, qu'une très faible part des sans-papiers (moins de 10%) ont effectivement l'AME le jour où ils viennent en consultation⁸. Le rôle de l'association, en dehors de leur permettre un accès immédiat à la prévention et aux soins, est de leur expliquer pourquoi et comment ils

⁸ Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, *Rapport 2009*, octobre 2010 <http://medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-mission-France-Rapport-2010>

doivent faire pour obtenir l'AME et ainsi rejoindre le système de soins de droit commun. Ce constat est le même depuis dix ans et aucun "budget en croissance exponentielle" n'a été constaté au niveau national. MdM ne voit que les personnes les plus en difficulté, en particulier, celles qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie (puisqu, quand elles en ont une, MdM les ré-orientent vers les centres de santé et en médecine générale). La croissance du nombre de bénéficiaires s'explique par des données rationnelles expliquées par l'ODSE⁹.

8. Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas une meilleure couverture santé que les français

Claude Goasguen (à Maxime Gremetz) : « Allez leur expliquer dans vos réunions publiques qu'il est normal que leurs voisins ne payent rien alors qu'eux payent la sécurité sociale et les complémentaires ! » (p.14)

Claude Goasguen : « l'AME pose un problème politique sérieux. En effet, est-il normal que les immigrés en situation irrégulière soient les seuls à bénéficier d'une couverture universelle à 100 % dans notre pays ? C'est une situation exorbitante du droit commun... » (p.15)

Claude Goasguen : « ...dans la mesure où les Français, ainsi que les immigrés en situation régulière, sont, eux, obligés de payer dans le cadre de la CMU ou dans celui de l'affiliation au système normal. » (p.15)

Dominique Tian : « l'AME est devenue, au fil des années, parfaitement inégalitaire, puisqu'elle donne plus de droits à un étranger en situation irrégulière qu'à un étranger en situation régulière ou à un Français qui cotise à la sécurité sociale. C'est inadmissible. Les bénéficiaires de l'AME sont, en effet, dispensés de l'avance des frais et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont également droit au tiers payant intégral et ils sont remboursés à 100 %, alors que le travailleur relevant du régime de base de la sécurité sociale n'est pris en charge qu'à hauteur de 70 %. » (p.72)

Jean-Pierre Soisson : « Il nous est apparu qu'il n'était pas possible que les étrangers en situation irrégulière soient mieux traités que les étrangers en situation régulière ! » (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.) (p.82)

Cet argument a été repris à plusieurs reprises à l'Assemblée, il est pourtant indiscutablement faux.

Les personnes françaises et étrangères en situation régulière qui ont moins de 634 euros par mois ont accès gratuitement à l'Assurance maladie et à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La CMU-C permet la prise en charge à 100% dans la limite des tarifs de sécurité sociale et la dispense des franchises, tickets modérateurs et autres forfaits (hospitalier notamment).

L'Aide Médicale d'Etat quant à elle permet la prise en charge à 100% des tarifs de Sécurité sociale, évite les avances de frais pour les dépenses de soins à l'hôpital ou en médecine libérale mais le panier de soins est réduit (voir point 3).

⁹ Voir dossier de l'ODSE : <http://odse.eu.org/PROJET-DE-LOI-DE-FINANCES-POUR> Repères - Chiffres clefs IV.

A revenus équivalents, les personnes en situation irrégulière ont une moins bonne couverture maladie que les personnes françaises et étrangères en situation régulière.

En outre, l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME est rendu particulièrement difficile en raison de nombreux refus de soins (même pour des soins importants), encore plus fréquents que pour les bénéficiaires de la CMU-C¹⁰.

9. Le panier de soins de l'AME est déjà réduit

Claude Goasguen : « L'AME constitue un panier de soins universel. » (p.14)

Claude Goasguen : « L'AME est un panier universel, sans exceptions, pour tout ce qui concerne la maladie. » (p.76)

Le panier de soins garantis aux titulaires de l'Aide Médicale d'Etat est plus réduit que celui des bénéficiaires de la CMU-C : les bénéficiaires de l'AME, ainsi que leurs enfants, ne bénéficient pas d'une prise en charge effective des prothèses dentaires et des lunettes, à la différence des bénéficiaires de la CMU-C.

10. Une population plus touchée que la moyenne par des affections graves

Marisol Touraine : « les personnes concernées par l'AME souffrent plus que la moyenne de sous-vaccination, de maladies infectieuses graves telles que le VIH et l'hépatite C. »

Claude Goasguen : « Qu'est-ce que vous en savez ? » (p.16)

Les données de la CNAMTS montrent effectivement que les pathologies graves sont de plus en plus surreprésentées parmi les bénéficiaires de l'AME : la structure, en volume, des motifs de séjours en milieu hospitalier s'est déformée en 2009 au profit, notamment, des pathologies liées au système nerveux (+ 51%), à la cardiologie (+ 35%), hématologie (+28%) et au VIH (+29%)¹¹.

L'explication en est simple : les bénéficiaires de l'AME sont des personnes particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé. Tous les déterminants de la santé sont pour elles négatifs : mal logement, ressources financières quasi nulles, conditions de travail les plus dures, alimentation pauvre, niveau d'éducation et de compréhension du système de santé bas...

¹⁰ Rapport d'enquête de Médecins du Monde « Je ne m'occupe pas de ces patients », 2006.

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Je-ne-m-occupe-pas-de-ces-patients>

Enquête « les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », DREES, Etudes et résultats n° 645, juillet 2008, <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er645.pdf>

¹¹ CNAMTS données 2009 mars à novembre

11. Le fantasme du trafic de Subutex®

Dominique Tian : « L'ONU a mis en garde l'État français à plusieurs reprises, en insistant, notamment, sur le trafic de Subutex®¹², lequel est extrêmement développé. Sa source est souvent la CMU ou l'AME » (p.72)

Jean Leonetti : « Ensuite, nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'existe pas de fraude. En présence de relevés de pharmacie, de relevés d'ordonnance prescrivant une quantité anormalement élevée de produits comme le Subutex®, il est logique de supposer qu'une fraude importante est à l'œuvre. » (p.79)

Les étrangers sans papiers, dans leur immense majorité, ne consomment pas de drogues. En effet les études menées par Médecins du monde depuis 15 ans indiquent que moins de 3% des étrangers consomment des substances psychoactives (en majorité de l'alcool et du tabac) et qu'ils ne rattrapent la consommation des français qu'au bout de plus de dix années passées sur le territoire¹³. L'utilisation de Subutex® chez les bénéficiaires d'AME est donc absolument marginale.

Par ailleurs, depuis plusieurs années de nouvelles procédures très strictes encadrent la délivrance de Subutex® pour éviter la revente sur le marché illicite : les CPAM exercent un contrôle très vigilant des multi prescriptions. Quand un usager est repéré comme ayant plusieurs prescriptions de Subutex®, il est convoqué à la CPAM. Il doit alors désigner un seul médecin et une seule pharmacie pour la délivrance de son traitement. S'il ne va pas à la convocation de la CPAM, il ne peut plus aller se fournir en pharmacie et doit aller dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

12. L'AME ne crée pas d'appel d'air

Patrice Verchère : « Depuis 2002, la facture de la couverture médicale des sans papiers s'envole, notamment parce que le nombre de bénéficiaires a augmenté de 40 %. N'est-ce pas la démonstration que ce dispositif, insuffisamment encadré, crée un appel d'air ? » (p.74)

Patrice Verchère : « il faut davantage encadrer le dispositif et lutter contre une certaine forme de tourisme médical aux frais du contribuable. » (p.74)

Jean-Pierre Soisson : « Il nous est apparu qu'il n'était pas possible que les étrangers en situation irrégulière soient mieux traités que les étrangers en situation régulière ! » (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)(...)

Jean-Pierre Soisson : « Ce n'est pas possible d'admettre cela car on ouvrirait toutes grandes les portes du pays ! » (p.82)

¹² Le Subutex® est un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés

¹³ Rapport 2007 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde

L'Aide Médicale d'Etat est réservée aux personnes pouvant justifier d'une résidence habituelle et permanente en France ce qui exclut les étrangers de passage. L'ancienneté minimum de trois mois de présence en France a été ajoutée et doit être prouvée pour obtenir l'AME.

L'AME existe depuis plus de cent ans (1893) et l'immigration pour soins reste un phénomène marginal comme le montrent de nombreuses études :

- selon une enquête menée par Médecins du Monde auprès de 1258 sans-papiers en Europe, seuls 6% citent la santé comme l'un des motifs de migration (parmi d'autres)¹⁴.

- d'après une étude épidémiologique menée en France en 2002, seuls 9% des étrangers séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine, sans qu'on sache d'ailleurs combien, sur ces 9%, ont émigré pour raisons de soin¹⁵.

- en 2009, le Comede (Comité Médical pour les Exilés), qui assure la prise en charge médico-psycho-sociale de près de 5 000 patients exilés par an, relève que 77% d'entre eux ont découvert leur maladie après leur arrivée en France, taux qui monte à 94% pour ce qui concerne le VIH-sida et les hépatites¹⁶.

¹⁴ Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*, septembre 2009 : <http://www.mdm-international.org/spip.php?article362>

¹⁵ F. Lot, C. Larsen, N. Valin, P. Gouëzel, T. Blanchon, A. Laporte, « Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-De-France », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2002

¹⁶ Comede, *La santé des Exilés. Rapport d'activité et d'observation*, 2009, p.21